

Cancer et Psychologie.
Association pour l'Accompagnement Psychologique
des Personnes Atteintes d'un Cancer,
de leurs Proches et des Soignants

avenue de Tervuren, 215/14
1150 BRUXELLES

tel : 02 735 16 97
fax: 02 732 84 09

LE TRAUMATISME DU CANCER
ou
PENSER L'IMMORTALITE PERDUE.

par Françoise DAUNE, psychothérapeute.

Tiré à part du "JOURNAL de CANCER ET PSYCHOLOGIE" - 23
n° 23 - 2è trimestre 1997

avec le soutien de la Commission Communautaire Française
de la Région de Bruxelles Capitale

DE L'ACCOMPAGNEMENT A LA THERAPIE

Et si je t'accompagnais, pas à pas?...

Si, prenant le risque d'être touché ou touchée, de me laisser atteindre, je me mettais à l'écoute de ton angoisse, sans la banaliser, en acceptant que tu t'y confrontes petit à petit, même quand elle réveille la mienne,

Si je prends le parti de m'appuyer sur ta partie positive, discernant tes forces et tes qualités de ta fragilité, t'aidant à moins mépriser ta peur,

Si je peux entendre, sans m'enfuir, combien tu es dans le désarroi et la tristesse, combien l'incompréhension de ce qui t'arrive soulève ta colère,

Si je peux, sans te l'imposer jamais, ou aussi peu que possible, et si tel est ton désir, te redire tes paroles, souligner tes émotions, supposer tes sentiments, leur prêter une forme, en te laissant le loisir de les approfondir pour leur offrir un sens et en nourrir ta vie,

Si tu peux te laisser m'utiliser comme médiat pour découvrir toute la force de tes projections et de tes représentations de la vie,

Si je peux, en gardant mon intégrité, te rejoindre là où tu attends, même dans le silence et le repli dans un combat pour résister à l'évidence, pour rencontrer avec toi cette terreur proche de celle de l'enfant,

Si je peux, te sachant le plus capable de le faire, te soutenir auprès des tiens, dans ton désir de retrouver une alliance de cœur avec eux,

Si je peux, avec une réelle compétence, m'appuyer sur ton savoir profond et ta force émotionnelle pour être avec toi dans ta recherche, si ce n'est pour réparer ton corps, au moins là où tu mets ton énergie à réparer quelque chose de ta vie, dirais-tu de ton âme?

Si je parviens, parce que j'en ai fait l'expérience, même si ce n'est pas dans les mêmes circonstances et de la même manière que toi, à te faire passer que tu peux t'appuyer sur moi, que je m'efforcerai de ne pas "lâcher la barre" pour être prêt à rencontrer, avec toi, les écueils du parcours.

Si je peux te faire passer que, même si j'ai peur, je déciderai de faire ce qu'il faut pour arriver à rester là,

... alors, peut-être, pourrons-nous établir une confiance réelle et solide qui te permettra d'aller, en m'incluant si tu le veux, là où tu conduis ta vie, à la rencontre, ou non, de ton mythe.

Benoît de COSTER
Psychothérapeute

LE TRAUMATISME DU CANCER
OU
PENSER L'IMMORTALITE PERDUE

Françoise DAUNE
Psychothérapeute

Cet article paraît aussi dans le Bulletin
du Collège Royal des Médecins de l'Agglomération Bruxelloise.

INTRODUCTION

L'annonce d'un cancer et de ses traitements est un événement exceptionnel dans la vie de tout individu. Cette annonce provoque une brutale déstabilisation remettant en question les valeurs de la vie, une perte des repères tant corporels que psychiques, une perte de sens. Le mode de découverte et l'annonce du cancer, la chirurgie, les traitements adjuvants et l'après-traitement sont autant de moments venant modifier un équilibre physique et psychique, parfois déjà très fragile. Avec le cancer, l'individu est touché dans son identité personnelle, dans son rapport à autrui, mais aussi, dans ses relations sociales et professionnelles.

Avec l'annonce d'un cancer, c'est le début d'une histoire médicale, mais aussi d'une histoire psychique de la maladie : deux histoires au temps différent. Une histoire médicale dans l'ici et le maintenant avec sa réalité palpable, visuelle, objectivable de par la présence du cancer et des effets secondaires des traitements : d'une histoire psychique envahie par un corps malade, porteur de mort et où le passé fait irruption dans le présent avec son cortège de conflits, de deuils non résolus,... et où le futur semble sans avenir. L'annonce d'un cancer est avant tout pour la personne, synonyme de mort et même dans un premier temps, de mort imminente. Cet événement exceptionnel qu'est la maladie cancéreuse fait profiler à l'horizon l'expérience unique dans la vie de tout individu, celle de mourir. Avec nos patients, nous allons tenter, au travers de la relation psychothérapeutique, de penser l'impensable, de supporter l'insupportable, d'imaginer l'inimaginable, de mettre des mots sur l'expérience unique et future qui sera agie, car la mort se fait.

LE TEMPS DE L'ANNONCE

Dans un cabinet de consultation, un médecin et un patient qui vont, l'un et l'autre, vivre un moment particulier. Pour le médecin, celui d'annoncer un cancer, diagnostic porteur d'une menace effrayante car il est synonyme de mort réelle. Pour le patient, celui d'entendre ce diagnostic de cancer, véritable traumatisme brutal de la réalité. Le temps se suspend. Quelle est cette catastrophe dont le médecin lui parle ? Il ne comprend rien. C'est le chaos. Il est sidéré devant cet incompréhensible, cet insupportable, cette violence des mots. Tout cela n'a pas de sens. Beaucoup de patients disent : "Je me sens bien et vous me dites que vous allez me mutiler. Je me sens bien et vous me dites que je vais mourir ..." Tout ceci est d'autant plus paradoxal si le cancer est une découverte de dépistage (sein) ou fortuite au cours au cours d'un examen pour d'autres problèmes (leucémie). Aucun signe décelable, palpable, visuel ne donnait au patient la moindre indication sur un processus corporel de maladie. C'est donc parfois dans une totale ignorance que le patient arrive à la consultation.

Le Moi qui aime la paix, ne se doutait de rien, aucun danger à l'horizon. Entendre le mot cancer, et brutalement le Moi est déstabilisé, mis dans l'impossibilité d'agir, de penser, d'haïr. Le Moi est sidéré, fasciné par cet irreprésentable qu'est la mort.

L'annonce du cancer est donc un moment où les patients s'effondrent devant le médecin. C'est alors que le médecin fait appel au psychothérapeute, au tiers. La demande qu'il effectue l'est souvent autant pour le patient que pour lui-même, en plein désarroi devant ce malade, qui le met dans l'impossibilité d'agir et lui signifie par ses émotions, la violence du diagnostic prononcé par lui. Le médecin, au travers de cette demande, nous donne une place, celle de prendre en charge les effets psychiques de la maladie, lui s'occupera du corps malade. Son but est de rendre un corps en bon fonctionnement et guéri, notre but à nous, psychothérapeutes, est de donner au patient les moyens de faire face au cancer et à ses conséquences en donnant sens à l'expérience de la maladie sans prétention de guérison. Une patiente me disait " Un médecin donne la vie, peut-il comprendre la mort ?". Première rencontre avec le patient surpris de nous voir, mais soulagé que le médecin ait formulé cette demande. Sa souffrance a été entendue et reconnue et nous allons tenter de redonner place à la parole coupée par l'angoisse. Pour le patient, dans ce moment d'effondrement, comme le dit Freud " Le moindre geste qui lui rendra plus facile de s'y reconnaître en son monde intérieur sera le bienvenu". Un monde intérieur où le chef d'orchestre a perdu sa baguette. C'est la cacophonie qui est le plus souvent exprimée par le patient. Il a l'impression d'être l'acteur d'un film qui n'est pas le sien. Il y a malentendu ou mal entendu. Le médecin a dû se tromper. Il ne sait plus qui il est. Il a l'impression de devenir fou tant ce qu'il a entendu est paradoxal, tant la violence des émotions est forte, tant le traumatisme est sans représentation. La vie est menacée physiquement par des cellules rongeant de façon anarchique le corps et psychiquement par un noyau de terreur avec ses idées folles nécessitant un mouvement agressif du Moi, pour tenter de faire face à la brutalité de la blessure narcissique provoquée par la réalité.

Il n'est pas rare que, dans l'attente du premier traitement, les patients parviennent à mettre de la distance avec cette menace qu'est le cancer. Il n'est pas encore réalité. Rien dans ou sur le corps ne le dit. Ils sont entiers, sans trace. Ni vu, ni connu pour le Moi corporel. La bonne méthode, ne pas penser, s'occuper l'esprit pour rendre les pensées inoffensives, pour les réprimer, pour les mettre de côté. Mais pareil traumatisme n'est pas oubliable, refoulable. Le Moi tente de sauver la face, de se leurrer lui-même. Et comme me le signalait une patiente " S'occuper l'esprit n'est pas remplir une vie".

Le temps des traitements va l'y aider, car c'est le temps de l'agir. Mais dans ce temps de l'agir, d'autres blessures vont venir se cumuler à la première, celles du temps présent, liées aux effets des traitements et celles du temps passé, réveillées par l'écho. Nous y reviendrons lorsque nous parlerons de l'après-traitement, car avec le cancer, l'état intérieur est celui d'une expérience traumatique interne, continue, comme une patiente me le disait : " Le bon sens me dit aussi que cette alopésie "définitive" n'est pas essentielle au regard de la vie. Toutefois, elle est largement chargée d'affects. Elle est une blessure s'ajoutant aux "deuils" auxquels mon cancer m'a conduite. Scorie de la maladie ? Je croyais "refleurir" tranquillement après le long hiver des lourds traitements. Ma déception est grande et le chemin sera long pour retrouver mon image ".

LE TEMPS DES TRAITEMENTS

Si chaque traitement a ses propres effets physiques, il est vécu différemment selon les interprétations et les associations des patientes en fonction de leur histoire. Cependant, le type de traitement peut induire des problématiques différentes, par exemple : la mastectomie touchera la femme dans son identité, mais la recherche de donneurs

familiaux pour une greffe de moelle troublera les liens et ses alliances dans la famille. Mais sans aucun doute, les traitements renvoient au cancer, à la mort, de par le but poursuivi : faire régresser la maladie, obtenir une rémission, voire une guérison. Les traitements sont une lutte, comme il est dit "combattre la maladie". Un combat dont la nécessité essentielle est de post-poser la mort, dans un temps le plus éloigné possible,. Gagner du temps sur cette mort qui arrive toujours trop tôt. Mais avec les traitements, le réel du corps habité par la mort va s'inscrire. Pour certains patients, pour qui ce réel ne montrait aucun symptôme physique, c'est avec les effets secondaires des traitements qu'il va prendre sens. Effets secondaires qui peuvent être transitoires, tels que l'alopécie, les nausées, les vomissements, les modifications du goût, de l'odorat, ... ou définitifs tels que la stérilité, l'amputation d'un membre, d'un organe... Avec les effets secondaires des traitements, c'est la perte des repères corporels : la perte du sein, des cheveux, l'installation d'une ménopause précoce, des variations pondérales parfois importantes, ... Nombreux sont les patients qui décident ne plus se reconnaître, ne plus être femme, homme, se vivre vieux avant l'âge, ... et même se percevoir comme un mort en sursis. Telle cette patiente, âgée de 40 ans, ayant un cancer du sein généralisé pour lequel elle avait déjà reçu de nombreuses chimiothérapies, qui un jour me dit : "Je n'ai que des artifices, ce n'est pas moi, tout est dessiné. Lorsque je rentre le soir, j'enlève ma perruque, je me démaquille, il n'y a plus de sourcils. Ce que le miroir me montre, c'est une nudité à fleur de peau. Signe d'une condamnation à mort, puis la peau part".

Un corps qui, pour de nombreux malades, devient un objet d'horreur pour eux, mais aussi pour l'entourage. Plusieurs patients m'ont rapporté les difficultés liées à ces modifications corporelles, avec surtout les enfants. Ceux-ci ont peur car ils ne les reconnaissent plus. Jorge SEMPRUN dans son livre "L'écriture ou la vie" écrit : "Je voyais mon corps, de plus en plus flou, sous la douche hebdomadaire. Amaigri mais vivant : le sang circulait encore, rien à craindre, ça suffirait, ce corps amenuisé mais disponible, apte à une survie rêvée, bien que peu probable. La preuve, d'ailleurs, je suis là."

Le Moi semble accepter de nombreux sacrifices pour éviter son effondrement par la menace suprême de l'anéantissement par la mort. Un but : vivre, même si le prix payé est comme pour cette patiente de 40 ans : une alopécie définitive, de l'arthrose, la stérilité, la ménopause, de nombreuses cicatrices, la fatigue, une exacerbation de ses allergies, une sécheresse de la peau, des muqueuses ... et au cours des traitements, en plus, la perte des ongles, de réflexes, d'hypoesthésie des membres, des nausées, de l'anémie, des infections diverses liées à la leucopénie... Toutes ces modifications font écho dans l'histoire du patient. Ainsi, pour cette patiente que je viens de décrire, l'alopécie la renvoie à ses premières années de vie où elle avait, comme elle disait, la boule à zéro. La seule personne à qui elle se montrait sans perruque ou coiffe, était sa mère, car celle-ci l'avait connue comme cela. Des yeux dans lesquels elle se reconnaissait. Pour les autres regards, ce nu-tête était un signe extérieur de maladie et elle y lisait l'horreur. De plus, la ménopause, la fatigue, les problèmes de peau lui renvoyaient aussi une perception d'elle-même qui était d'être une petite vieille. Mais avec l'alopécie, la stérilité et la cicatrice au sein, son identité de femme était aussi touchée. Elle ne savait plus si elle était jeune ou vieille, femme ou ayant un sexe, disait-elle, indéterminé. "Je ne parviens pas à retrouver mon image féminine, c'est la plaie ouverte du cancer". Pour cette patiente, la lutte contre la mort primera car la maladie poursuivra son chemin sans répit. Pour les autres patients, c'est parfois par ces modifications corporelles qu'ils prennent conscience que leur corps existe et qu'ils existent. C'est par l'absence de l'organe qu'ils réalisent son importance. Pour ces patients, le corps va devenir un objet d'intérêt. Ils vont être à son écoute. Mais une écoute parfois perturbée car ils n'en reconnaissent ou ne connaissent pas le sens. Un corps qui souvent, par son silence, inquiète. Que se passe-t-il ? Une patiente était heureuse d'entendre les bruits abdominaux, car ils étaient signes de vie. Mais certains effets de ces traitements peuvent devenir des repères auxquels le patient s'accroche,

pouvant mettre en échec certaines thérapeutiques. Par exemple, le contrôle de la douleur, car celle-ci peut le renseigner sur l'évolution ou non du cancer, ou bien les vomissements sont parfois attendus car ils sont interprétés comme un signe d'efficacité de la chimiothérapie. Sans cette douleur, sans ces vomissements, le patient serait face au non-savoir, à l'incertitude, au non contrôle, à l'insupportable. Quel sens accorder au symptôme de ce corps qui a déjà trahi ? Une douleur dorsale que le patient connaît depuis plusieurs années, ne voudrait-t-elle pas dire aujourd'hui qu'il y a une métastase ? Une patiente me disait : "En fait, je suis comme un zèbre, c'est-à-dire un animal dont on ne sait pas si il est blanc avec des lignes noires ou si il est noir avec des lignes blanches !".

Cependant, le processus d'élaboration a parfois peu de place, car le Moi corporel est fortement sollicité, bousculé, forcé continuellement à s'adapter à une réalité en mouvance perpétuelle en fonction des effets secondaires des traitements. La réalité extérieure va prendre toute la place. Elle va être surinvestie car source de dangers continuels, tandis que le monde interne est partiellement désinvesti. Coller à cette réalité extérieure est le seul moyen pour le Moi de ne pas s'effondrer. Le prix à payer pour la vie est pour le patient de faire, dans ce temps thérapeutique, l'expérience de sa dépendance aux traitements, au suivi médical, aux soignants. Une réalité qui va rythmer son quotidien. Ce sont les effets secondaires des traitements qui décident pour lui de sa capacité à travailler ou non, d'aller ou non au cinéma, de descendre ou non les poubelles, de conduire ou non les enfants à l'école, ... car comment faire cela lorsque les nausées sont présentes, que la fatigue vous envahit, que les hypoesthésies vous font perdre le sens de l'orientation spatiale, ... De plus, d'une chimiothérapie à l'autre, le patient ne sait pas toujours quels en seront les effets secondaires. Un traitement fastidieux, contraignant, angoissant, véritable persécuteur. Mais le patient ne peut s'éloigner, prendre de la distance, car il le maintient en vie comme me le disait une patiente : "Sans lui, je sucerais déjà la racine des pissenlits!". Mais il fait peur, il terrorise. Certains patients développent principalement à l'égard de la chimiothérapie, une phobie. Ces patients sont amenés dans leur quotidien à réaliser une véritable épreuve de force dans le but d'éviter tout objet, tout situation rappelant le cancer, le traitement et l'hôpital, car se souvenir, penser, c'est avoir des nausées et vomissements. En effet, la couleur orange rappelle le produit de la chimiothérapie, le bonnet de bain et le serre-tête rappellent le casque et le garot placés pour éviter la chute des cheveux, le compact disque rappelle la musique écouté à l'hôpital, les tunnels rappellent la route prise pour aller au centre de traitements, les mots cancer et chimiothérapie rappellent les traitements. Un objet, une situation, un mot rappelle la maladie et les nausées et vomissements y répondent. Une infirmière de chimiothérapie me racontait que, quelques jours auparavant, alors qu'elle faisait des courses dans une grande surface, elle aperçoit une patiente. Cette dernière en la voyant fut immédiatement prise de nausées. L'infirmière le remarqua et changea de rayon.

Mais à contrario, pour d'autres patients, c'est un vécu de sécurité qui est associé aux traitements par la présence du personnel répondant à leurs questions, écoutant leurs angoisses, par les examens les rassurant, par la chimiothérapie les protégeant du cancer. Pour ces patients, l'hôpital devient comme ils le disent une deuxième maison et parfois même la première. Confiant leur vie à l'institution et à ses soignants, ils se posent peu de questions et ils ont l'air sans problème. Tout va bien. En fait, tout est sous contrôle, il ne peut rien arriver. Lorsque la fin des traitements s'annonce, la perspective de la séparation fait naître une angoisse d'abandon. La terre s'effondre. Ils se retrouvent seuls face à leur destin. Privés des repères q'offrait l'institution, ces patients s'aperçoivent qu'ils n'ont plus ou pas le mode d'emploi pour vivre. Ils donnent l'impression de survivre au cataclysme provoqué par l'arrêt des traitements, mais peut-être n'ont-ils déjà, jusqu'au cancer, que survécu. Le temps des traitements, moment difficile où la relation psychotérapeutique est aussi malmenée. En effet, la mise en place du cadre thérapeutique dans son aspect matériel est imposée par la maladie et les traitements dont l'intrusion

permanente par la douleur, les nausées, le suivi médical, ... nous demandent, au patient et à moi-même, une adaptation constante, nous mettent dans une situation où l'agir prend parfois place : réinstaller le patient, appeler une infirmière, ... Le travail est sans cesse mis en péril. Mais dans ce temps de traitements où l'agir est roi, notre position marginale de psychothérapeute dans ce lieu hautement médicalisé où nous sommes les seuls à ne pas toucher au corps, peut permettre la naissance d'une relation singulière . C'est en effet de la permanence de cette relation qu'un transfert peut s'installer, base nécessaire au travail d'élaboration.

LE TEMPS DE L'APRES-TRAITEMENT

La création d'un espace appartenant au patient et ayant pour but de lui permettre en toute sécurité de vivre l'expérience traumatisante du cancer, mais aussi de revivre d'anciens traumatismes réactualisés, va rendre possible la mobilisation de forces parfois insoupçonnées pour tenter de sauvegarder l'autonomie, l'identité, les capacités d'investissement et de restaurer un plaisir à fonctionner, et parfois même, de le découvrir. Car, c'est dans l'après-traitement que le monde interne va être progressivement réinvesti, tandis que la réalité extérieure sera partiellement désinvestie. C'est passer du temps de l'agir au temps pour penser et panser. C'est ainsi que dans cet après-traitement, certains patients vus en période de crise au moment de l'annonce du cancer, nous recontactent. Telle cette patiente que j'avais rencontrée à plusieurs reprises au cours de sa chimiothérapie et qui est venue me consulter quelques mois après l'arrêt des traitements en me disant : " A qui dire ma souffrance, si ce n'est à vous!". En fait, cette patiente âgée de 34 ans est venue me reconsulter et pouvait ce jour-là, reprendre en son nom une demande de psychothérapie.

Mais quelle est cette souffrance ?

C'est la prise de conscience de cet état de douleur psychique résultant des traumatismes cumulatifs amenés par le cancer et ses traitements, mais aussi des traumatismes antérieurs comme le montre dans l'histoire de cette patiente ce que nous pourrions appeler "la mort par noyade". Madame T., âgée de 50 ans, a été traitée pour un cancer du sein par mastectomie et reconstruction immédiate par implantation de prothèse. Madame T. m'a été adressée par la chirurgienne, trois semaines après son intervention. Madame T. lui avait demandé d'enlever la prothèse qui était insupportable tant la douleur était intense. La chirurgienne a refusé d'enlever la prothèse avant 6 mois. Elle lui a formulé son impression qui était qu'elle exprimait sa dépression par la douleur et la non-acceptation de la prothèse. Elle lui conseille de venir me voir. La patiente évoquera au cours du premier entretien, une succession d'événements; elle ne fait aucun lien entre ceux-ci et la situation actuelle qui est la sienne, c'est-à dire une prothèse remplie de sérum physiologique en lieu et place de son sein :

- Le décès de sa mère alors qu'elle était âgée de 9 ans et demi, d'une embolie pulmonaire, trois jours après la naissance de sa deuxième soeur. Elle est morte "noyée".
- Le décès de sa belle-mère, il y a 4 ans et demi, d'une rupture d'une lésion cancéreuse au niveau de l'oesophage. Elle est morte "noyée".
- Sa peur actuelle qui est de mourir noyée par l'explosion de la prothèse suite à un choc, un accident, ce qui entraîne par exemple des attaques de panique lorsqu'elle est en voiture, la forçant à s'arrêter.

Après un travail d'élaboration, la patiente fera le lien entre ces trois événements, mais aussi, elle pourra pleurer la mort de sa mère et me dira : "Je savais que les bébés pouvaient mourir à la naissance, mais pas les mamans". Ce travail lui permettra encore de se différencier de sa belle-mère, et surtout de l'histoire de celle-ci. Chacune reprendra sa place dans l'histoire de Madame T.

Cet exemple nous montre aussi que les représentations de la mort se construisent à travers les expériences vécues de la mort, car la perspective de la mort renvoie aux autres morts. Par la relation thérapeutique transférentielle, le malade est amené à prendre conscience des liens entre les effets du cancer et les traitements et de son passé. Ceci permettra de dénouer le passé du présent, le dedans du dehors, le monde interne de la réalité de la maladie. Dans cet après-traitement, c'est le cours de la vie qu'il faut reprendre, mais de quelle vie et pour combien de temps ? Pour poursuivre cette vie en vivant et non pas en survivant, il va être indispensable de ressourcer le Moi qui apparaît à cet instant comme volé en éclats, par une régression narcissique nécessaire à sa restauration. Une régression entraînant une rupture de dialogue avec l'entourage qui reste surpris, ne comprenant pas, car pour lui, avec la fin des traitements, la page est tournée. Mais cependant, la paix du Moi est à jamais troublée, même lorsqu'un patient est dit en rémission complète, la trace du traumatisme central induit par le cancer restera marquée dans sa mémoire, car le malade se sait porteur d'une menace effrayante : la mort. Un savoir lourd et difficile à porter, qui doit être tu et une trace de ce traumatisme sans cesse réactivée par le suivi médical, mais aussi par le tout et rien de la vie quotidienne. La mort est naturelle et inévitable. Nous le savons tous. Nous en parlons entre nous, nous la voyons et nous la côtoyons tous les jours par le biais des médias. Nous la vivons par la mort d'un être proche, nous nous y préparons en écrivant un testament, mais cette mort-là est celle d'un autre. La nôtre, nous ne nous la représentons pas. Avec le cancer, le patient est forcé de croire en elle. Cette connaissance, ce savoir provoque une crainte continue de l'effondrement de l'organisation du Moi en tant que menace d'anéantissement de la vie. Une patiente me disait : "Parfois, lorsque je suis devant quelqu'un, brusquement je pense que je sais quelque chose qu'il ne sait pas. Je ne peux rien lui dire tant c'est horrible, il s'effondrerait. En fait, je suis comme ces gens qui reviennent des camps de concentration, je sais ...".

De cet instant, de cette fraction de seconde au cours de laquelle la mort se fait, nous pourrions parler des heures sans qu'aucun de nous ne puisse réellement dire comment elle se vit. Cette expérience unique dont nous ne savons rien, mais qui nous interroge beaucoup, restera à jamais une question sans réponse. Accepter que cette question reste sans réponse, c'est peut-être accepter que nous sommes mortels, mais aussi que nous ne sommes pas tout-puissants. Mais il est difficile de se résigner, de se dire que la mort sera là un jour. Pourquoi la maladie cancéreuse vient-elle prévenir de cette réalité et signifier que chacun porte en lui et doit vivre avec ce savoir et l'incertitude du moment où elle se fera ? Vivre une telle situation d'impuissance n'est pas vivable pour le patient , car elle représente la plus grande des agressions psychiques. Certains patients disent non plus vivre, mais survivre, ne pouvant plus prendre de la distance, attendant le point final de ce traumatisme, une fascination aliénante menant à la mort psychique.

Cependant, pour beaucoup, une tentative de reprise du contrôle au travers d'une reconstruction du sens de ce qui leur arrive va leur permettre de reprendre une maîtrise de ce monde interne. Le chef d'orchestre va tenter de retrouver sa baguette pour arrêter cette cacophonie. Mais il va falloir faire l'inventaire de ce qu'il a à sa disposition, pour ensuite remettre les pages de la partition en ordre. La maladie cancéreuse, de par la désorganisation du monde interne qu'elle a provoquée, peut être à l'origine d'un mouvement de maturation, d'un processus créateur. C'est donc parfois à l'occasion d'un cancer pris ici comme initiateur de la demande, qu'une psychothérapie peut être commencée.

Une construction de sens pour une maladie où personne, actuellement, ne peut en dire l'origine, laissant le malade à ses interrogations et à ses interprétations. Nombreux

sont les patients cancéreux disant des malades porteurs de SIDA : " Eux, au moins, ils savent pourquoi et comment ils l'ont eu".

Une construction de sens pour une maladie dénuée de sens et dont les effets psychiques ont fait écho dans son histoire, laissant pour le malade une porte ouverte à toutes les interprétations. Tentation bien grande pour une partie du Moi, de faire appel au leurre de la toute-puissance psychique pour se reconstruire narcissiquement.

Une patiente me parlait du cancer en ces termes : " Le cancer, c'est quelque chose qu'on n'a pu ranger, qu'on n'a pas pu recycler, qui encombre. Mais quelle est cette partie encombrante?". Un problème psychique non résolu de son passé, qui avec le cancer, chercherait à s'évacuer par le corps. Telle était pour cette patiente l'origine du cancer. Mais quel est ce problème, car cela, le cancer ne le dit pas, mais il permet de redonner l'espoir d'un happy-end : "Trouvez la solution et vous serez guéri". Une demande de psychothérapie qui dans ce cas, n'est pas de se réapproprier son histoire, mais d'élaborer une histoire aux effets magiques, qui supprimerait la souffrance psychique et rendrait pour un certain temps le sentiment d'immortalité et la quiétude qu'elle procure. La mort n'existe pas, c'est pour les autres. Nombreux sont les patients qui se tournent vers cette promesse des temps meilleurs car il n'est pas facile de se dire qu'il n'y a plus rien que l'on puisse faire. Et pour vivre, certains sont prêts à tout ! Alors pourquoi pas, puisque personne ne sait et, qui vous dit qu'ils n'ont pas raison et en plus, cela ne fait pas faire de tort. Il n'est donc pas rare que les patients fassent appel à l'exorciseur, au magnétiseur, au guérisseur tout genre... Nul besoin d'être fou pour y faire appel, seule la peur de mourir y suffit.

Une patiente me rapporte dans un entretien, de manière très humoristique, que par l'intermédiaire de son beau-frère, elle a été amenée à rencontrer un homme qui tient un discours sur les origines des maladies liées au magnétisme. Cet homme lui a proposé de venir chez elle, évaluer l'état magnétique de sa maison. Il y détecte une ligne néfaste dans la chambre à coucher, traversant le lit, donc pouvant expliquer l'origine du cancer du sein de la patiente. La patiente a modifié la position du lit pour pour qu'il ne soit plus sur cette ligne magnétique néfaste pour la santé. Me disant que : "C'est fou, ce n'est pas logique, mais après tout !". De plus, cet homme lui a également vendu une boîte contenant de l'huile destinée à capter les mauvaises ondes de l'habitation. L'huile de cette boîte est à changer dans un an, et la patiente de me dire en riant : "Je ne lui ai pas demandé quelle huile je dois mettre dans la boîte,". Dans la suite de l'entretien, la mise d'un sens sur cette attitude fera dire à la patiente toute sa peur de mourir.

LE TEMPS DE L'AGONIE

Cependant, pour de nombreux patients, le cancer ayant repris ou poursuivi son évolution, ce temps de l'après-traitement est limité, voire même inexistant. Une progression de la maladie provoquant un crescendo thérapeutique tentant inexorablement de maîtriser cette mort. Mais celle-ci n'a cesse de nous narguer, nous confrontant à notre impuissance. Personne ne peut dire quand arrivera la mort, ce temps ne fait pas partie de notre savoir, mais des signes de sa venue l'annoncent. Le patient le sait : "Je ne suis plus malade des traitements, mais de la maladie. Elle évolue. Il n'est pas possible de ne pas savoir que l'on va bientôt mourir", vous diront certains patients. Alors vient ce temps de finir le travail de trépas, comme l'a nommé Michel de M'UZAN. Faire le deuil soi-même, un travail commencé avec l'annonce du cancer, qu'il va falloir terminer. Les mécanismes de défense présents depuis le début de la maladie vont s'exacerber au seuil de la mort, car il est difficile de se dire qu'il faut tout abandonner, laisser la vie se poursuivre sans être là.

Moment ultime où de nombreux clivages s'observent tels que parler de la mort et faire des projets d'avenir. Le patient donnant au travers de ce discours paradoxal, l'impression que son Moi s'est clivé en un Moi conscient de la mort proche et en un Moi inconscient, refusant d'admettre la fin inéluctable. Comme dit André GREEN : "La méconnaissance de la mort dans l'inconscient a élu domicile dans le Moi. Mais comme le Moi est aussi conscient, l'instance garante de la rationalité qui se sait mortelle par sa relation à la réalité extérieure, porte dans ses plis une doublure mégalomaniaque, prête à s'enfler jusqu'à éclipser l'autre".

C'est cette doublure mégalomaniaque qu'il nous est donné à voir dans les jours précédant la mort. Nous savons, nous soignants, que lorsqu'elle éclipse l'autre, la fin est proche. Brusquement, ces patients se réveillent, apparaissent comme ressuscités, trouvant la vie belle, parlant gaiement, ayant des activités tout azimut. Pour eux, le temps semble ne plus avoir de sens, ou comme le signale Michel de M'UZAN, la conscience est affectée par la loi d'intemporalité qui règne dans l'inconscient. De plus, avec cette exacerbation des investissements, une perte de la distance dans la relation se produit. Moment particulier de la relation thérapeutique où s'observe un fonctionnement archaïque tendant vers l'indifférenciation . "De la confusion entre le Moi et l'objet, une union avec lui désormais immortelle est consommée. Les noces avec l'objet ne connaîtront plus aucune séparation dans l'infini et l'illimité des paradis retrouvés de l'oralité". Telle est la conception exposée dans "Deuil et Mélancolie", mais qui dans cette fin de la vie, se donne à sentir et à éprouver. Pour nous, thérapeutes, c'est aussi accepter d'être utilisé dans ce moment ultime, comme si le patient pouvait partir avec une partie de nous et rendre ainsi cet instant moins terrorisant, car le futur mort est comme un bébé en détresse. Une détresse liée à une immaturité face à cette expérience unique. Mais, c'est aussi pour le malade, laisser en nous une partie de lui-même, trace de son passage dans la vie, car nous en serons les témoins. Cette relation thérapeutique semble devenir pour les patients que nous avons suivis pendant un certain temps, ce que de M'ZUAN nomme la dernière dyade. Relation où le patient se concentre sur une seule personne, son entourage ne faisant plus partie de lui-même. Une perte des liens difficilement supportable par les proches.

André GREEN dit aussi : "Au-delà du morcellement qui fragmente le Moi et le ramène à l'auto-érotisme, le narcissisme primaire absolu veut le repos mimétique de la mort. Il est en quête du non-désir de l'autre, de l'inexistence du non-être, autre forme d'accès à l'immortalité. Le Moi n'est jamais plus immortel que lorsqu'il soutient n'avoir plus d'organes, plus de corps". Moment particulier où s'observe parfois le clivage corps-psyché. C'est un patient conscient, mais qui semble ne plus avoir de corps. Il n'est pas rare que toute médication anti-douleur parfois extrêmement importante, puisse être supprimée. Le patient n'a plus mal. Il a déshabité son corps.

C'est tout cela qui nous est donné à voir chez ces malades donnant la sensation de vivre pleinement à l'aube de leur mort. Finalité d'un travail de trépas où nous sommes les témoins d'un temps qui semble être remonté jusqu'au moment de la naissance, d'un renversement du développement comme nous le montrent ces deux situations :

- La première est celle de cette patiente de 42 ans que j'avais suivie pendant 4 ans qui, deux jours avant sa mort, alors qu'il existait déjà une certaine confusion, me demanda mon numéro de téléphone privé car c'était le seul qu'elle n'avait pas. "J'en ai besoin, au cas où !" Et quel ne fût pas mon étonnement de la voir me tendre une pomme pour que j'y inscrive mon numéro. Je lui dirai : "Vous voulez me manger ?". Elle me répondra : "Oui, comme cela je l'aurai toujours sur moi et je ne l'oublierai pas". Peu de temps après, elle entrera dans le coma. Au cours d'une de mes visites, sa mère qui était près d'elle me dit : "J'ai reconnu votre pas. Ma fille m'a appris à le reconnaître quand elle l'entend, elle réagit. Elle ne fait cela qu'avec vous".

- La seconde de cette autre patiente de 34 ans que j'avais suivie pendant trois ans; quelques jours avant mon départ en vacances, lorsque j'entre dans sa chambre, elle me dit qu'elle aime mon parfum et qu'elle veut en connaître le nom. Sa voisine de chambre, qui s'apprêtait à sortir pour nous laisser seules, ma patiente et moi-même, lui dit le nom de ce parfum qu'elle avait reconnu. Le lendemain, en entrant dans la chambre, mon attention fut immédiatement attirée par un flacon grand format de mon parfum. Lorsqu'elle me le montre, je lui dirai : "Comme cela, vous m'aurez toujours près de vous pendant mon absence", et dans un éclat de rire d'enfant, elle me répondit oui. Cette patiente décédera peu de temps avant mon retour. Il me sera aussi rapporté que toute médication anti-douleur sera stoppée plusieurs jours avant son décès, la patiente n'éprouvant plus aucune douleur physique.

CONCLUSION

Une patiente me parlait de mon rôle en ces termes : "Votre rôle est d'essayer de restituer, de mettre des ailes pour que le patient vole de lui-même".

Redonner sens à l'expérience de la maladie cancéreuse venue perturber une histoire, en créant un espace pour les émotions, est notre but. Cet espace va permettre un travail d'élaboration nécessaire au patient pour retrouver un nouvel équilibre et se réapproprier son histoire et comme le dit René ROUSSILLON : "Vivre en créant et recréant les conditions d'une vie malgré la mort, en réengendrant les conditions de possibilité de soi".

Mais je terminerai en vous lisant un extrait du livre de Jorge SEMPRUN : "L'Ecriture ou la Vie". Ce passage s'adresse me semble-t-il tant au patient qu'au thérapeute.

"Il n'y a qu'à se laisser aller. La réalité est là, disponible. La parole aussi. Pourtant, un doute me vient sur la possibilité de raconter. Non pas que l'expérience vécue soit indicible. Elle a été invivable, ce qui est tout autre chose, on le comprendra aisément. Autre chose qui ne concerne pas la forme d'un récit possible, mais sa substance. Non pas son articulation, mais sa densité. Ne parviendront à cette substance, à cette densité transparente que ceux qui sauront faire de leur témoignage un objet artistique, un espace de création. Ou de récréation. Seul l'artifice d'un récit maîtrisé parviendra à transmettre partiellement la vérité du témoignage. Mais cela n'a rien d'exceptionnel : il en arrive ainsi de toutes les grandes expériences historiques.

On peut toujours tout dire, en somme. L'ineffable dont on nous rebattra les oreilles n'est qu'alibi. Ou signe de paresse. On peut toujours tout dire, le langage contient tout. On peut dire l'amour le plus fou, la plus terrible cruauté. On peut nommer le mal, son goût de pavot, ses bonheurs délétères. On peut dire Dieu et ce n'est pas peu dire. On peut dire la rose et la rosée, l'espace du matin. On peut dire la tendresse, l'océan tutélaire de la bonté. On peut dire l'avenir, les poètes s'y aventurent les yeux fermés, la bouche fertile.

On peut tout dire de cette expérience. Il suffit d'y penser. Et de s'y mettre. D'avoir le temps, sans doute et le courage d'un récit illimité, probablement interminable, illuminé - clôturé aussi, bien entendu - par cette possibilité de se poursuivre à l'infini. Quitte à tomber dans la répétition ou le ressassement. Quitte à ne pas s'en sortir, à prolonger la mort, le cas échéant, à la faire revivre sans cesse dans les plis et les replis du récit, à n'être plus que langage de cette mort, à vivre à ses dépens, mortellement.

Mais peut-on tout entendre, tout imaginer ? Le pourra-t-on ? En auront-ils la patience, la passion, la compassion, la rigueur nécessaire ? Le doute me vient, dès ce premier instant, cette première rencontre avec l'homme d'avant, du dehors - venus de la

vie - à voir le regard épouvanté, presque hostile, méfiant du moins de ces trois officiers. ... Je croyais m'en être sorti vivant. Revenu dans la vie du moins. Ce n'est pas évident. A deviner mon regard dans le miroir du leur, il ne semble pas que je sois au-delà de tant de mort.

Une idée m'est venue, soudain - si l'on peut appeler idée cette bouffée de chaleur, tonique, tonique, cet afflux de sang, cet orgueil d'un savoir du corps, pertinent - la sensation, en tout cas, soudaine, très forte, de ne pas avoir échappé à la mort, mais de l'avoir traversée. D'avoir été plutôt, traversée par elle. De l'avoir vécue en quelque sorte. D'en être revenu comme on revient d'un voyage qui vous a transformé : transfiguré, peut-être".

BIBLIOGRAPHIE

BEGOIN J.
La Violence du Désespoir ou le Contresens d'une "Pulsion de Mort" en Psychanalyse.- Revue Française de Psychanalyse 1989 n°2.

DAVAN M.
Déni de la Mort et Passage du Temps. in Psychanalyse à l'Université - Ed. PUF Tome 15 n°57 - Janvier 1990 pp 3-22.

FREUD S.
Considération Actuelles sur la Guerre et la Mort - in Essais de Psychanalyse - Ed. Petite Bibliothèque Pavot - 1981 pp 7-40.

FREUD S.
Le Tabou des Morts. - in Totem et Tabou - Ed. Petite Bibliothèque Pavot - 1992 pp 84-115.

GREEN A.
Narcissisme de Vie, Narcissisme de Mort. - Les Editions de Minuit - 1983.

HIRSCH D.
Le Sida, Maladie de la Vie, Terreur et Désespoir d'une Mort Annoncée. - Cahier de Psychologie clinique - La Maladie Humaine - Ed. De Boeck - 1994 pp 113-131.

JURANVILLE A.
Réflexion Psychanalytique sur les Soins Palliatifs - in Psychanalyse à l'Université - Ed. PUF Tome 19 n°75 - Juillet 1994 pp 43-64..

LEHMANN A.
La Méthode Psychanalytique en Cancérologie - Revue Internationale de Psych. - Etats de Corps - Ed. Erès - 1994 n°5.

DE M'UZAN M;
Le Travail de Trépas - in De l'Art à la Mort - Ed. Tel. Gallimard - 1977 pp 117-130.

DE M'UZAN M.
Dernières Paroles - Nouvelles Revue Psychanalytique Printemps - 1981 pp 117-130.

SCHUR M.
La Mort dans la Vie de Freud. - Ed Tel Gallimard - 1975.

SEMPRUN J.
L'Ecriture ou la Vie. - Ed. Tel Gallimard - 1994.

WINNICOTT D.W.
La Crainte de l'Effondrement. - in Figure du Vide - Nouvelle Revue de Psychan - Ed. Gallimard Printemps - 1975 n°11 pp 35-44.

Notre action vous intéresse : devenez membre de l'Association :
cotisation annuelle: 15 euros - qui comprend l'abonnement au Journal.

Vous désirez être plus efficace?
Les dons à partir de 30 euros vous feront bénéficier de l'exonération fiscale.
n° de compte de l'ASBL : 310 - 0596716 - 58

Notre action vous intéresse : devenez membre de l'Association :
cotisation annuelle: 15 euros - qui comprend l'abonnement au Journal.

Vous désirez être plus efficace?
Les dons à partir de 30 euros vous feront bénéficier de l'exonération fiscale.
n° de compte de l'ASBL : 310 - 0596716 - 58